

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE  
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE

Année 1907-1908

N° 778

SPHACELE DU KYSTE  
DANS LA  
GROSSESSE  
EXTRA-UTÉRINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue publiquement en Mars 1908*

PAR

LOUIS MATHIEU

Licencié Es-Sciences Naturelles  
Ancien Externe des Hôpitaux  
Lauréat de la Faculté  
Médaille d'argent - Prix de Travaux Pratiques 1906-1907  
Membre de la Société des Anatonistes

JURY..... { MM. AUDEBERT, *Président.*  
MARIE.  
FRENKEL.  
DIEULAFÉ. } *Assesseurs.*

TOULOUSE  
IMPRIMERIE J. BAYLAC

34, Rue Denfert-Rochereau, 34

1908



UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE

Année 1907-1908

N° 778

---

SPHACÈLE DU KYSTE  
DANS LA  
**GROSSESSE**  
EXTRA-UTÉRINE

---

**THÈSE**

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

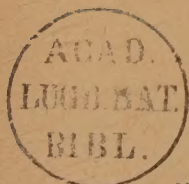
*Présentée et soutenue publiquement en Mars 1908*

PAR

**Louis MATHIEU**

Licencié Ès-Sciences Naturelles  
Ancien Externe des Hôpitaux  
Lauréat de la Faculté

Médaille d'argent. - Prix de Travaux Pratiques 1906 - 1907  
Membre de la Société des Anatomistes



JURY.....

MM. AUDEBERT, *Président.*

MARIE.

FRENKEL.

DIEULAFÉ.

*Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE J. BAYLAC

34, Rue Denfert-Rochereau, 34

1908

**UNIVERSITÉ DE TOULOUSE**

**Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie**

**TABLEAU DU PERSONNEL**

|               |                    |
|---------------|--------------------|
| DOYEN.....    | MM. <i>Caubet.</i> |
| ASSESEUR..... | <i>Jeannel.</i>    |

**PROFESSEURS**

|                                                      |                    |
|------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie.....                                        | MM. <i>Charpy.</i> |
| Histologie normale.....                              | <i>Tourneux.</i>   |
| Physiologie.....                                     | <i>Abelot.</i>     |
| Anatomie pathologique.....                           | <i>Tapie.</i>      |
| Pathologie et thérapeutique générales.....           | <i>Herrmann.</i>   |
| Pathologie interne.....                              | <i>André.</i>      |
| Pathologie externe.....                              | <i>énières.</i>    |
| Thérapeutique.....                                   | <i>Saint-Ange.</i> |
| Clinique médicale.....                               | <i>Caubet.</i>     |
| Clinique chirurgicale.....                           | <i>Mosse.</i>      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... | <i>Jeannel.</i>    |
| Clinique des maladies mentales.....                  | <i>E. Cestan.</i>  |
| Chimie et Toxicologie.....                           | <i>Audry.</i>      |
| Matière médicale.....                                | <i>Rémond.</i>     |
| Histoire naturelle.....                              | <i>Frébault.</i>   |
| Physique.....                                        | <i>Brämer.</i>     |
| Clinique des maladies des enfants.....               | <i>Lamic.</i>      |
| Pathologie expérimentale.....                        | <i>Marie.</i>      |
| Médecine légale.....                                 | <i>Bézy.</i>       |
| Clinique obstétricale.....                           | <i>Maurel.</i>     |
|                                                      | <i>Guilhem.</i>    |
|                                                      | <i>Audebert.</i>   |

**CHARGÉS DE COURS**

|                                                     |                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie topographique.....                         | MM. <i>Soulié.</i> |
| Chimie.....                                         | <i>Aloy.</i>       |
| Histoire naturelle.....                             | <i>Suis.</i>       |
| Bactériologie.....                                  | <i>Rispa.</i>      |
| Clinique ophtalmologique.....                       | <i>Frenkel.</i>    |
| Hydrologie.....                                     | <i>Garrigou.</i>   |
| Hygiène.....                                        | <i>Morel.</i>      |
| Pharmacie.....                                      | <i>Ribaut.</i>     |
| Cours théorique d'obstétrique aux sages-femmes..... | <i>Audebert.</i>   |
| Cours élémentaire aux élèves sages-femmes.....      | <i>Soulié.</i>     |
| Cours de propédeutique.....                         | <i>Cestan (R).</i> |
| Médecine opératoire.....                            | <i>Caubet (H).</i> |
|                                                     | <i>Bauby.</i>      |

**AGRÉGÉS EN EXERCICE**

|                                            |                     |
|--------------------------------------------|---------------------|
| Pathologie interne et Médecine légale..... | MM. <i>Baylac.</i>  |
| Chirurgie.....                             | <i>Cestan (R.).</i> |
| Accouchements.....                         | <i>Dalous.</i>      |
| Anatomie et Histologie.....                | <i>Mériel.</i>      |
| Physiologie.....                           | <i>Caubet (H.).</i> |
| Chimie.....                                | <i>Garipuy.</i>     |
| Physique.....                              | <i>Dieulafé.</i>    |
| Pharmacie.....                             | <i>Bardier.</i>     |
|                                            | <i>Aloy.</i>        |
|                                            | <i>Cluzet.</i>      |
|                                            | <i>Laborde.</i>     |

|                               |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Secrétaire de la Faculté..... | M. <i>Chaudron.</i> |
|-------------------------------|---------------------|

**La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises  
par les Candidats.**

(Délibération en date du 12 mai 1891).

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde reconnaissance  
et de mon amour filial.*

---

A MES AMIS

---

A L'ASSOCIATION DES ANCIENS ÉLÈVES  
DU LYCÉE DE TOULOUSE

---

A M. le Docteur CHARRIÈRE

---

A M. CHAUDRON

*Secrétaire de la Faculté*

A MES MAITRES

---

*A mon excellent Maître et Ami*

M. le Professeur Agrégé DIEULAFÉ

---

*A mon Maître*

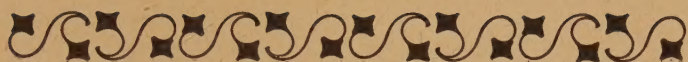
M. le Professeur FRENKEL

*A mon Président de thèse :*

**M. le Professeur AUDEBERT**

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE TOULOUSE





## PRÉFACE

---

*Lorsque notre maître Monsieur le Professeur Audebert nous a proposé de traiter comme sujet de thèse inaugurale : du Sphacèle du Kiste dans la Grossesse extra-utérine nous étions prévenus qu'il s'agissait là d'une œuvre délicate et complexe ; nous nous sommes attaché à rechercher dans la bibliographie française et étrangère tous les documents relatifs à cette question ; nous n'avons pu recueillir que quatre faits authentiques y compris celui que Messieurs Audebert et Dieulafé avaient déjà présenté à la Société d'Obstétrique de gynécologie et de pédiatrie de Paris le 10 juin 1907. Muni d'un nombre aussi restreint d'observations précises, car les cinq autres cas que nous relatons ne peuvent être indiqués qu'avec un point d'interrogation tant*

*les indications y sont peu détaillées et l'anatomie pathologique peu précise, nous avons essayé néanmoins, en ne tenant compte que des renseignements anatomiques ou cliniques se rattachant à notre question, d'esquisser dans les chapitres suivants une étude envisageant la complication qu'est le sphacèle du kiste fœtal.*

CHAPITRE I. — ANATOMIE.

CHAPITRE II. — ETIOLOGIE. — EVOLUTION. —  
PATHOGÉNIE.

CHAPITRE III. — SYMPTOMOLOGIE. — TRAITEMENT.

CONCLUSIONS.

*Avant d'entrer dans le sujet, nous avons un doux devoir à remplir; celui de remercier les maîtres qui ont dirigé nos pas dans la Faculté.*

*MM. les Professeurs Moquin, Tandon et James de la Faculté des Sciences ont droit à toute notre reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont fait dans leurs laboratoires au début de nos études dans l'enseignement supérieur;*

*nous n'oublierons jamais leurs belles leçons ni leurs aimables causeries scientifiques au cours de leur enseignement pratique et c'est avec plaisir que nous reviendrons parmi eux.*

*À la Faculté de Médecine nous avons été reçu avec bienveillance dans les laboratoires d'anatomie de notre Maître Monsieur le Professeur Charpy et de notre maître et ami, Monsieur le Professeur agrégé Dieulafoy ; nous leurs sommes reconnaissant de l'accueil qu'ils nous ont fait et des marques de sympathie qu'ils nous ont souvent témoigné.*

*Messieurs Caubet et Jeannel, professeurs de clinique médicale et chirurgicale nous ont, dans d'intéressantes leçons faites au lit du malade, enseigner l'art de reconnaître la maladie, de la guérir ou de l'atténuer ; nous nous efforcerons de profiter de leurs conseils.*

*Pendant trois années consécutives nous avons assisté aux leçons de Monsieur le Professeur Tapie ; dans des cours et des conférences pratiques d'une clarté, d'une simplicité et d'une éloquence rares, il nous a permis, en nous enseignant l'anatomie*

*pathologique de connaître les effets des maladies sur les organes et par suite de les prévenir ; nous sommes heureux de lui dire à cette page que nous nous souviendrons de son enseignement et nous le remercions aussi de l'intérêt qu'il nous a plusieurs fois porté au cours de nos études.*

*Monsieur Marie, professeur de physique, dans ses leçons théoriques à la Faculté, et pratiques dans son service de l'Hôpital, a su nous intéresser à cette science, qui devient tous les jours pour le médecin un précieux auxiliaire ; nous lui sommes reconnaissant de sa bienveillance à notre égard.*

*Nous sommes heureux de remercier Monsieur le Professeur Bauby des conseils qu'ils nous a donnés dans ses leçons théoriques auxquelles il joignait des travaux pratiques de chirurgie ; ils nous seront souvent d'une grande utilité dans notre pratique médicale.*

*Monsieur le Professeur Frenkel, a droit à toute notre gratitude pour la bienveillance toute spéciale qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant notre séjour à sa clinique ; les entretiens quotidiens que*

*nous avons eu ensemble nous ont permis de reconnaître chez lui la bonté, la générosité de son caractère, ses pensées élevées et sa grandeur d'âme.*

*Monsieur le Professeur agrégé Rispal, qui nous a enseigné la propédeutique et dont nous avons été l'externe, a droit à nos remerciements pour l'accueil qu'ils nous a fait dans son service, dans lequel il nous donna une liberté d'action qui nous fut très profitable.*

*A notre très honoré et éminent maître, Monsieur le Professeur Audebert, nous offrons l'expression d'une reconnaissance qui s'efforcera de s'élever jusqu'à l'importance de l'enseignement que nous avons reçu de lui ; jamais nous n'oublierons ses splendides leçons magistrales où l'auditeur est obligé de s'intéresser ; nous le remercions de ses savantes causeries pratiques au lit de l'accouchée, de l'intérêt qu'il nous a toujours montré, de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et en revanche nous le prions d'accepter le témoignage de notre profond respect et de notre sincère gratitude ; qu'il soit convaincu que sa bienveillance envers nous restera toujours un*

*des souvenirs les plus chers de notre carrière médicale.*

*Nous assurerons enfin de toute notre reconnaissance, Monsieur le Professeur Dieulafé. Monsieur le Docteur Charrière et Monsieur Chaudron, secrétaire de la Faculté qui, pendant la durée de nos études nous ont témoigné de l'affection; car ils nous ont aidé à triompher de bien des découragements et de bien des défaillances. et il nous ont permis ainsi d'arriver à notre but et d'accomplir toute notre tâche.*





## CHAPITRE PREMIER

### Anatomie

---

On désigne sous le nom de grossesse extra-utérine ou ectopique, le développement de l'ovule fécondé en dehors de la cavité utérine normale (Pozzi).

Le siège de ces grossesses extra-utérines est variable; la greffe de l'œuf peut se faire, soit dans la trompe (*grossesse tubaire*), soit sur l'ovaire (*grossesse ovarienne*), soit dans la cavité abdominale (*grossesse adominale primitive*), mais ce cas est si rare que presque tous les auteurs le contestent; la grossesse abdominale est le plus souvent secondaire. La grossesse ovarienne est aussi très rare, à tel point qu'elle a été aussi mise en doute, parce que beaucoup d'auteurs l'ont confondue avec des grossesses tubo-abdominales qui avaient adhéré à l'ovaire.

Les grossesses tubaires forment la majorité des grossesses ectopiques. Pozzi donne les proportions suivantes : 83,5 pour 100 de grossesses tubaires ; 8,2 pour 100 de grossesses abdominales ; 4,6 pour 100 de grossesses ovariennes et 3,6 pour 100 de grossesses dans une corne utérine rudimentaire.

Les grossesses tubaires sont divisées en deux grands groupes, suivant que l'œuf se développe dans la portion interstitielle de la trompe (*grossesses interstitielles*), ou dans la portion libre (*grossesse tubaire proprement dite*). Les grossesses interstitielles, sont de beaucoup, les moins intéressantes ; elles forment une tumeur sessile faisant corps avec l'utérus et se rompant en général vers le quatrième mois.

Les grossesses tubaires proprement dites sont désignées sous le nom de : *isthmiques, ampullaires infundibulaires*, suivant le segment de la trompe dans lequel l'œuf s'est greffé.

Les grossesses isthmiques sont peu fréquentes ; d'après nos recherches, on peut compter 1 grossesse isthmique pour 10 tubaires ; les grossesses infundibulaires sont de beaucoup les plus rares ; la variété ampullaire représente la variété la plus commune de toutes les grossesses tubaires ; sur 77 cas de Martin, 57 étaient ampullaires et sur 35 cas de Couvelaire, cet auteur en

comptait 28 ; c'est elle surtout que nous prendrons comme type de description et que nous aurons en vue dans notre travail ; elle nous permettra, grâce surtout à ce qu'elle possède le plus souvent un pédicule, de faire des comparaisons avec les autres tumeurs kystiques pédiculées de l'abdomen.

### **Anatomie de la trompe gravide**

Dès que l'œuf fécondé s'est arrêté dans la trompe, il survient dans cet organe des transformations importantes, et tout d'abord il se fait une vascularisation très intense, surtout au point où s'est implanté l'œuf ; la muqueuse est très hypertrophiée, les franges très épaissies ainsi que les couches conjonctives et musculaires ; la trompe augmente de volume, devient flexueuse, se contournant et pouvant s'attacher à l'utérus ou au rectum (Gauthier) ; souvent les sinuosités sont accolées les unes aux autres par le péritoine ; la réaction tubaire est d'autant plus grande que l'on se rapproche du point d'implantation de l'œuf et que la grossesse est plus âgée ; au niveau de ce point la muqueuse tubaire s'interrompt souvent comme à l'emporte pièce ; quelquefois la trompe a une forme irrégulière, mais en géné-

ral elle est dilatée d'une façon uniforme et comparable à un boudin tuméfié; à mesure qu'elle grossit, elle forme un renflement nettement circonscrit; le tissu conjonctif est légèrement œdemateux. Pour résumer, l'hypertrophie est généralisée à tous les éléments de la paroi qui sont dissociés. Les orifices de la trompe, *ostium abdominale*, *ostium utérinum*, peuvent être fermés ou ouverts; le canal tubaire est le plus souvent perméable au début; la muqueuse présente des lésions de salpingite ou être saine. A mesure que la grossesse vieillit on voit l'*ostium abdominale* se fermer par congestion, turgescence du pavillon et adhérence des franges au début du second mois; l'*ostium utérinum* reste le plus souvent perméable.

Tout autour de la trompe gravide, on voit se former des adhérences entre elles et les viscères qui l'avoisinent; ces adhérences ont une grande importance, soit parce qu'elles permettent l'enkystement d'un épanchement, soit parce qu'elles amènent une néoformation de vaisseaux qui serviront à nourrir le kyste fœtal.

Telles sont les transformations subies par la trompe gravide, voyons maintenant l'étude des phénomènes histologiques; cette étude réside dans l'examen de deux ordres de faits : 1° la

formation du placenta ; 2° la réaction de la paroi tubaire en dehors de la zone placentaire.

### I. — Formation du placenta

L'œuf greffé dans la paroi tubaire se développe de la même façon que dans l'utérus et le placenta tubaire, comme le placenta utérin dérive presque en totalité du chorion. Les villosités choriales surtout sur les parties latérales sont très comprimées par la paroi tubaire distendue ; elles sont petites peu ramifiées ; certaines villosités font saillie dans l'espace intervillaire d'autres pénètrent la sérotine ; elles commencent, le premier mois, leur action térébrante et dès la fin de ce mois elles sont assez groupées pour indiquer déjà la place du futur placenta... En allant du chorion à la paroi tubaire on trouve des troncs villex entourés de capillaires fœtaux, et recouverts de la couche de Langhans et de la couche syncitiale ; ces gros troncs villex donnent naissance à d'autres troncs plus petits de même constitution, mais ne possédant pas de vaisseaux ; leur couche de Langhans se continue avec des blocs de cellules polyédriques de plus ou moins grandes dimensions très régulièrement fragmentés, ressemblant

à des colonnes cellulaires pleines, baignant dans le sang maternel et appelées colonnes cellulaires prévilleuses (Couvelaire); à côté de ces gros blocs on en trouve d'autres beaucoup plus fragmentés et dissociés par des cellules volumineuses, séparées par des espaces irréguliers. Sur certains points des blocs cellulaires, on trouve des cellules polygonales, plus volumineuses, contenant dans leur ensemble d'autres cellules, encore plus grosses et multinuclées, appelées cellules géantes; à côté de ces masses, on en trouve d'autres à type syncitial.

Nous terminerons cette étude des éléments du placenta par leurs rapports avec la paroi tubaire :

Au niveau de l'insertion pariétal de l'œuf, sa capsule externe est en rapport, d'un côté avec les colonnes cellulaires prévilleuses et d'autre part, avec la paroi musculo-conjonctivo-vasculaire du sac tubaire; cette paroi à une épaisseur très variable, mais toujours très faible et infiltrée de leucocytes; les faisceaux musculaires et les vaisseaux sont hypertrophiés. Enfin, les voies faisant communiquer l'espace intervilloux et les vaisseaux de la paroi du sac fœtal peuvent être revêtus, ou non, d'un endothélium maternel. Dans le cas où elles sont revêtues de cet endothélium, elles sont formées par des cavités vas-

culaires tapissées d'un épithélium et s'ouvrant dans l'espace sanguin maternel intervilloux ; dans le cas où elles n'ont pas d'endothélium maternel, on a des lacunes recouvertes sur leur surface interne par des cellules claires en contact direct avec les globules maternels ; ces lacunes sont en communication avec des fentes vasculaires ectasiées remplies de sang dépendant des veinules de la paroi du sac.

Lorsque les sacs sont assez âgés on remarque que le placenta a tous ses éléments normaux ; de plus il est épaissi ; la paroi du sac à la partie antérieure et postérieure, est mince, pauvre en vaisseaux ; c'est le contraire au niveau du méso-salpinx.

L'insertion du placenta sur la paroi tubaire a principalement pour effet son amincissement à l'endroit de la fixation ; les villosités placentaires s'insinuent dans la paroi tubaire et peuvent la pénétrer même complètement ; elles usurpent les parois de la trompe, les taraudent peu à peu (Teichsmann) ; les vaisseaux sont souvent pénétrés par le trophoblaste.

En un mot, la trompe se trouve toujours très amincie au point de la greffe.

*Circulation placentaire.* — La circulation du placenta présente des particularités intéressan-

tes : la distribution des artères et des veines est toute différente ; les veines sont obliques, peu fluxueuses, superficielles, parallèles à la surface de la trompe ; leur structure est peu modifiée jusqu'à leur pénétration dans la caduque ; à ce moment elles se dilatent énormément, pour se transformer en espaces sanguins ; bientôt les parois de ces veines ne sont plus limitées que par une couche de cellules endothéliales ; elles s'abouchent directement dans le sinus intervilleux ; dans ces veines on trouve des amas de cellules libres que Langhans, Léopold Werth, croient provenir du tissu conjonctif. Si les veines sont surtout nombreuses à la périphérie du placenta, les artères, au contraire, sont plus nombreuses en son centre ; elles sont très sinueuses, héliciformes ; arrivées dans la sérotine, elles s'ouvrent librement dans l'espace intervilleux, après s'être dépouillées de leurs tuniques ; leur calibre alors est très augmenté.

*Vaisseaux de la trompe.* — Les vaisseaux de la trompe elle-même, comprennent les vaisseaux propres à cette trompe avant qu'elle devienne gravis ; il n'y a pas de vaisseaux néoformés après la greffe de l'ovule (Potocki) ; tous ces vaisseaux sont hypertrophiés et ectasiés. Un grand nombre, d'après Fellner, contiennent des villosités

et des masses de cellules syncytiales, surtout dans les artères ; ces cellules auraient proliféré dans la paroi même du vaisseau ; cette transformation des artères est l'autothrombose ; il est à priori vraisemblable, écrit l'auteur, qu'une thrombose affectant toutes les ramifications d'une artère volumineuse a une importance considérable sur l'évolution de la grossesse.

Jacobs aurait trouvé des vaisseaux très nettement pénétrés par des cellules ectoblastiques ou trophoblaste, qui détruisaient les parois ou les aveuglaient. Enfin, Cornil et Weinberg ont souvent étudié des vaisseaux présentant des lésions d'endartérite végétante, allant en certains cas jusqu'à oblitération complète.

Aguinet, se basant sur des recherches personnelles et des études d'autres auteurs, trouve que la trompe est insuffisamment vascularisée, qu'elle ne favorise que très peu la nutrition de l'œuf et qu'elle se défend, par suite, très mal contre l'extraordinaire vitalité des éléments fœtaux.

Webster et Kühne ont aussi trouvé sur la paroi interne des vaisseaux, des houppes cellulaires en continuité avec les villosités (qui pénètrent quelquefois dans les veines) ; ce fait montrerait l'origine fœtale du trophospongia et l'envahissement des vaisseaux maternels par les éléments fœtaux, serait un fait certain.

## II. — Réaction de la paroi tubaire

Nous avons vu la réaction de la paroi tubaire en dehors du sac, la formation du placenta et son action sur la paroi de la trompe au niveau où il s'insère, nous allons passer brièvement en revue l'anatomie de la paroi du sac opposée à l'insertion placentaire et du pôle libre de l'œuf. Cette étude a été magistralement étudiée par Couvelaire, dans sa thèse inaugurale ; nous ferons de larges emprunts à ce travail.

Si l'on fait des coupes dans des sacs très jeunes, on observe que le pôle libre de l'œuf proémine dans la cavité tubaire et ressemble à une calotte sphérique insérée suivant un cercle irrégulier sur les secteurs antérieur et postérieur du sac. La membrane limitante du pôle libre de l'œuf est formé de fibrine enprisonnant dans ses mailles de grosses cellules et des masses plasmodiales ; la surface extrême du pôle libre de l'œuf est directement en rapport avec la cavité tubaire effacée. La muqueuse de la région de la trompe, opposée au pôle libre de l'œuf, contient des franges, ou libres dans la cavité tubaire, ou accolées à la surface externe de l'œuf et au niveau des points où commence la zone d'insertion pariétale de l'œuf, la muqueuse tubaire, nous l'avons déjà

vu, s'interrompt brusquement ; la paroi musculo-conjonctivo-vasculaire qui fait face au pôle de l'œuf est constituée par la paroi tubaire proprement dite, renforcée par les éléments du méso-salpinx.

Dans des sacs plus âgés la membrane limitante est formée de deux couches : 1° une couche interne ou capsule externe de l'œuf, fibrineuse, enserrant de gros éléments cellulaires ; 2° une couche externe encore fibrineuse, mais plus lâche, séparant la couche interne de la cavité tubaire. La muqueuse est presque lisse ; elle ne contient que quelques franges très courtes, épaisses ; elle est tapissée d'un épithélium cylindrique bas ; elle ne contient pas de vaisseaux sanguins. La paroi musculo-conjonctivo-vasculaire est plus épaisse que dans les cas d'œufs jeunes ; les vaisseaux sont nombreux, ectasiés, les faisceaux musculaires dissociés. Dans des sacs beaucoup plus âgés le pôle libre de l'œuf forme une calotte membraneuse constituée par l'amnios, le chorion et une couche cellulaire, désignée par Couvelaire sous le nom de capsule externe du pôle libre de l'œuf ; dans ces œufs, la paroi et la muqueuse tubaire ont, à peu près, la constitution que nous avons décrite précédemment.

En résumé, ce qu'il y a d'intéressant à retenir de cette étude de la réaction gravidique de la

trompe, c'est d'abord qu'il existe une membrane limitant, du côté de la cavité tubaire, le pôle libre de l'œuf, membrane faisant topographiquement fonction de réfléchie ; puis, qu'en ce qui concerne la paroi tubaire proprement dite, la muqueuse est peu ou pas modifiée, sauf au niveau de l'insertion pariétale où elle est interrompue ; ainsi que la membrane limitante, elle est privée de vaisseaux ; la couche musculo-conjonctivo-vasculaire est très hypertrophiée et très vascularisée. (*Voir Couvelaire Th., Paris 1901.*)





## CHAPITRE II

### **Etiologie. — Evolution. — Pathogénie.**

---

Nous avons vu dans le chapitre précédent les conditions anatomiques dans lesquelles se trouve l'œuf ectopique ; ce sont ces conditions qui dirigent son évolution.

L'œuf ectopique aura des destinées bien différentes, selon qu'il trouvera autour de lui des conditions de vitalité normales ou que par suite de sa situation topographique, il ne pourra puiser dans les tissus maternels qu'une quantité insuffisante d'éléments nourriciers. La grossesse s'interrompt souvent, suivant trois mécanismes bien connus, décrits par tous les auteurs et que nous passerons rapidement en revue ; ce sont l'hémorragie intra-tubaire, la rupture du sac et l'avortement tubaire ; ces deux dernières éven-

tualités étant le plus souvent le résultat de la précédente.

Les hémorragies se font toujours ou presque toujours au niveau du placenta ; elles ont pour caractère essentiel de se répéter ; elles peuvent être légères ou abondantes. Dans le premier cas l'hémorragie se produit entre la paroi tubaire et le placenta qui se décolle ; elle reste limitée à l'intérieur du sac et de l'œuf qui se résorbe ; c'est l'hémorragie intra-tubaire. Dans le second cas, une quantité considérable de sang est épanchée dans la trompe ; on peut alors assister à l'un des deux phénomènes suivants : 1° si l'hémorragie est très grave, elle distend brusquement la trompe, qui se rompt au niveau du placenta, car la partie de la paroi à laquelle adhère le placenta est immobilisée et affaiblie ; lorsque le sac fœtal s'accroît il tiraille sur ces parties et les déchire, (nous avons vu la cause de l'affaiblissement de la paroi dans le chapitre d'anatomie) ; cette rupture de la trompe, amène le passage de l'hémorragie dans le péritoine formant ainsi l'hématocèle classique ; 2° il peut arriver que la trompe résiste à la distension ; dans ce cas l'hémorragie peut passer au travers de l'ostium abdominale et entraîner l'œuf dans le péritoine ; ce fait constitue l'avortement tubaire conduisant souvent à une grossesse tubo-abdo-

minale ou abdominale proprement dite, dont l'évolution peut se continuer normalement; elle donne lieu à des indications opératoires générales qui seront les mêmes que celles que l'on emploie pour les cas que nous allons étudier maintenant.

Ces cas sont ceux où la grossesse continue son évolution normale, trouvant dans la paroi tubaire toutes les conditions de nutrition et d'extension, et jusqu'à terme ou près du terme, l'œuf conserve sa situation topographique de *tumeur tubaire*; c'est ce cas qui doit nous retenir davantage, car il correspond à notre observation princeps.

La tumeur tubaire dans ces cas, à la façon d'autres tumeurs annexielles, présente un *pédicule* qui est un des principaux caractères des grossesses ampullaires : *Il est constitué* par les vaisseaux et ligaments lombo-ovariens, par l'ovaire et son aileron, ainsi que la portion attenante de la trompe et du mésosalpinx; c'est ce pédicule qui acquérant une hypervascularisation considérable, permet à l'œuf ectopique de subir un accroissement proportionnel. De plus l'existence de ce pédicule, donne à l'œuf une certaine mobilité et le met dans les mêmes conditions mécaniques et physiologiques que les kystes ovariens, parovariens ou tubaires au point

de vue de ces relations avec les vaisseaux nourriciers ; il est relativement long et assez grêle, il peut d'après Couvelaire, ou bien garder sa situation normale et dans ce cas le kyste se développe sur place, ou bien se couder et l'ampoule gravide descendre dans le cul de sac rétro-utérin ; le pédicule, enfin, peut se tordre ainsi que l'ont constaté Pozzi, Martin, Mac Cann.

L'évolution de l'œuf tubaire, ainsi considérée, peut être exposée à la production de plusieurs accidents : la torsion du pédicule, le sphacèle de la paroi, la mort du fœtus, la suppuration. Nous ne nous occuperons, que des deux premiers.

Le contenu du kyste fœtal, lorsque le fœtus est mort, peut par la propagation d'agents microbiens venus vraisemblablement de l'intestin, être le siège de phénomènes infectieux qui se caractérisent par la putréfaction ; le sphacèle du kyste tel que nous l'envisageons, est le résultat d'une nécrobiose aseptique, dont nous étudierons l'étiologie ; nous tenons, d'ores et déjà, à dire que nous ne nous occuperons pas de la putréfaction du sac et de son contenu, mais seulement de la gangrène aseptique du kyste.

### **Torsion du pédicule dans la grossesse tubaire.**

Dans les cas de grossesse tubaire la torsion du pédicule a été observée par Pozzi de Paris, Martin de Berlin, Mac Cann de Londres.

Dans le cas de Martin, il s'agissait d'une grossesse ampullaire gauche, avec double torsion du pédicule dans le sens inverse des aiguilles d'une montre, torsion serrée avec *tous les symptômes* que l'on constate dans les autres tumeurs à pédicule tordu brusquement : (hémorragie intra-tubaire, péritonisme). Zeit. f. Geb. und Gay. t. XXVI.

Dans le cas de Pozzi, il s'agissait d'une grossesse ampullaire droite, dont le pédicule avait subi une torsion peu serrée d'un tour de spire en sens inverse des aiguilles d'une montre. La torsion a permis le développement de l'œuf au delà du 3<sup>e</sup> mois avec encapsulement néomembraneux partiel du sac. (Th. Couvelaire, 1901).

Ces deux torsions se sont présentées sous un aspect anatomo-clinique différent, mais revêtant la physionomie que l'on reconnaît aux deux variétés principales de la torsion des collections salpingiennes ; la première est un type de torsion serrée avec des conséquences fatales pour l'œuf (apoplexie salpingienne), la seconde, de torsion

lâche sans étranglement et n'ayant pas d'influence sur le développement de l'œuf.

Mac Cann cite un cas de grossesse tubaire avec torsion du pédicule ; nous n'avons pu nous procurer l'observation, nous n'en avons trouvé que l'indication : (*Obstetucal Souety of London*).

Nous voyons donc d'après ces observations que la trompe gravide peut se tordre ; au point de vue de son mécanisme, la torsion pédiculaire d'un kyste fœtal tubaire nous paraît se rapporter aux causes et aux conditions qui amènent la torsion des autres tumeurs pédiculées de l'abdomen.

Des recherches pour connaître les conditions que doit remplir une tumeur pédiculée pour se tordre, nous ont amené à étudier le pédicule et la torsion du pédicule, des kystes ovariens, parovariens et des trompes kystiques. D'après les observations et les travaux d'un grand nombre d'auteurs et d'opérateurs qui se sont occupés de cette question, de nombreux facteurs entrent en jeu pour faire tordre le pédicule d'un kyste de l'ovaire ; ce pédicule est formé par ses moyens de fixité anatomique, le ligament intéro-ovarien et infundibulo-ovarien qui contiennent les vaisseaux et nerfs ; quelquefois on trouve dans ce pédicule une partie de la trompe et même du ligament large, ces diverses parties

étant reliées par du tissu cellulaire. Le relâchement de la sangle abdominale, la production d'ascite, l'accroissement du kyste, les changements de la statique abdominale dûs à des secousses, à des ébranlements de l'abdomen, les alternatives de réplétion et de déplétion de l'intestin et de la vessie (Tait), le déplacement du kyste auraient une très grande importance pour amener la torsion ainsi que les modifications de la tumeur telles que son inégalité d'accroissement, sa mobilité, le déplacement de son centre de gravité, les adhérences aux différents organes favoriseraient aussi la torsion en immobilisant une partie tandis que les autres portions pourraient se tordre.

Pour L. Tait, il suffirait que les tumeurs soient mobiles et aient un pédicule susceptible d'être tordu ; pour Mouthon, il faudrait simplement que la tumeur soit pédiculée, lourde, sans saillie comme les kystes dermoïdes par exemple ; ce sont en effet ces kystes qui se tordent le plus fréquemment avec les mucoïdes ; après eux, par ordre de fréquence, viennent les peauciloculaires et les multiloculaires.

Les kystes parovariens présentent, au point de vue de la torsion les mêmes phénomènes que les kystes ovariens.

La torsion du pédicule des salpingites kysti-

ques, elle, avait été considérée pendant longtemps comme exceptionnelle, mais aujourd'hui cette torsion a été reconnue beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait ; le pédicule créé par l'affection est constitué par la trompe et le ligament large qui contient les vaisseaux ; cette torsion se rencontre souvent dans les hydrosalpinx, elle se fait surtout à droite ; pour l'expliquer on a parlé de mouvements intestinaux violents, d'inégalité du développement de la tumeur. Pour Cathelin la torsion dépendrait de causes intrinsèques provenant de la tumeur, telles que sa forme ovoïde piriforme, sa mobilité, son mince pédicule et de causes extrinsèques qui seraient : la pression, la contraction intestinales, le caractère poli des surfaces, la déclivité du détroit supérieur ; en un mot, les causes de la torsion, d'après cet auteur, sont anatomiques et mécaniques. Maillard, dans sa thèse sur la torsion des salpingites, explique cette torsion par les modifications apportées à la trompe par l'état pathologique : l'inflammation transforme le salpinx en boudin, en poire, surtout à la partie externe où la trompe est affranchie du péritoine ; son pédicule est devenu plus petit, son centre de gravité est déplacé par son développement inégal, ce qui facilite sa rotation. Il n'est pas utile, croyons-nous, de donner des observations pour corroborer ce que nous ve-

nons de dire, ces faits là sont connus déjà depuis longtemps.

Nous venons de passer en revue la torsion des kystes, de l'ovaire, du parovaire et de la trompe kystique ; les accidents qu'elle peut amener du côté du pédicule et du kyste, sont à peu près identiques dans ces trois catégories de cas ; les voici rapidement exposés :

D'abord le pédicule peut se tordre sur lui-même d'un nombre de tours variables, le plus souvent à droite qu'à gauche et de gauche à droite ; lorsque les tours de spire sont nombreux, le pédicule a l'aspect d'un tire-bouchon ; il est congestionné, tendu, épaissi. Les veines superficielles, variqueuses, montrent que la circulation ne se fait pas normalement. On a, en effet, remarqué que les veines s'oblitérent avant les artères, elles présentent souvent des thrombus qui peuvent se poursuivre sur les artères, les petites artères seulement restant perméables ; après les veines et les artères, les nerfs peuvent être lésés, enfin, le pédicule *peut se sphacéler* et se rompre.

Le kyste lui-même, précisément à cause de la torsion du pédicule, voit sa circulation se ralentir et s'arrêter ; si les veines se sont oblitérées, les artères restant perméables, la pression augmente, les veines éclatent d'où hémorragies intrakystiques et interstitielles ; si les artères sont

obstruées, la paroi pâlit, s'anémie, devient très friable, puis elle *se sphacèle* ; le contenu du kyste est souvent épais verdâtre, couleur chocolat puriforme.

Dans les pages qui précèdent, nous avons montré que le pédicule des grossesses tubaires pouvait se tordre, nous avons exposé de quelle façon se tordaient les tumeurs ovariennes et salpingiennes et quels étaient les accidents de cette torsion.

Les analogies topographiques existant entre un œuf ectopique dans la trompe et les tumeurs kystiques de cet organe ou celles de l'ovaire sont assez évidentes pour que nous puissions comparer les phénomènes qui atteignent le pédicule de ces deux ordres de tumeurs ; les théories régnautes sur le mode de production de la torsion du pédicule des kystes ovariens ou salpingiens nous paraissent pouvoir s'appliquer aux mêmes phénomènes lorsqu'il atteint un œuf tubaire.

En effet, une grossesse tubaire, comme une tumeur ovarienne ou salpingienne, possède un pédicule qui lui permet de se mobiliser ; comme ces affections, le kyste foetal s'accroît et la présence du fœtus peut, à notre avis, déplacer très facilement son centre de gravité, grâce à ses mouvements ; ceux-ci pouvant se reproduire très souvent et très facilement dans la cavité amnio-

tique, le kyste sera déplacé aussi souvent et pourra plus facilement se tordre ; si, par hasard, des adhérences l'unissent aux organes voisins et que le fœtus revienne encore se déplacer, la torsion pourra encore s'accroître ; enfin, le kyste fœtal possède à peu près la même situation qu'une tumeur salpingienne qui s'est pédiculisée, il est rationnel d'admettre qu'il peut se tordre de la même façon.

### **Sphacèle du kyste fœtal**

Continuant notre comparaison entre les kystes ovariens salpingiens et les sacs fœtaux, nous constatons que les uns et les autres, tant dans leur contenu que dans leur paroi, sont exposés à des accidents identiques ; ces accidents sont la suppuration et le sphacèle du kyste.

Nous allons exclusivement étudier le sphacèle de la paroi, car c'est surtout là le but de notre travail. Nous avons eu, en effet, comme idée directrice, l'observation de nos maîtres MM. les professeurs Audebert et Dieulafoy et nous avons pu, dans la bibliographie, relever un nombre très restreint de cas, dans lesquels il soit question du sphacèle de la paroi dans le kyste fœtal, et encore souvent ce n'est qu'une indication très

brève qui figure dans les observations publiées. Nous donnons ci-dessous ces diverses observations.

## OBSERVATION I

*Grossesse extra-utérine. — Mort du fœtus au cinquième mois.*  
— *Sphacèle du kyste et de son contenu. — Extirpation totale. — Guérison* (1), par MM. AUDEBERT et DIEU-LAFÉ (de Toulouse).

Nous avons eu l'occasion d'examiner récemment et d'opérer à la Clinique d'accouchements une femme atteinte de grossesse extra-utérine. Plusieurs points de cette observation, en ce qui concerne particulièrement le diagnostic et le manuel opératoire, sont assez intéressants pour qu'on nous permette de la relater en détail.

Obs. (année 1907). — M<sup>me</sup> X..., secondipare, âgée de 30 ans, vient se faire examiner à la Clinique le 2 mars 1907.

Réglée à 17 ans, et depuis lors de façon irrégulière, elle a accouché chez elle, il y a quatre ans, d'une fille. L'accouchement n'a présenté rien d'anormal et a même marché assez rapidement. Elle a nourri son enfant pendant un an et demi, a vu ses règles revenir dès le premier mois et a toujours été réglée depuis cette époque.

Vers la fin d'août 1906, il y a une absence de règles que la malade attribue à un début de grossesse; elle ne s'en préoccupe pas outre mesure.

Mais un mois après, vers la fin de septembre, elle ressent des dou-

---

(1) Communication faite à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, le 10 juin 1907.

leurs très violentes du côté de l'hypogastre, douleurs remontant au niveau des reins. Le ventre est peu distendu. Cet état dure quelques jours et, le 3 octobre, elle perd du sang, quelques gouttes d'abord, puis des caillots. Cet écoulement, peu abondant, persiste pendant quatorze jours.

Croyant à un avortement incomplet (quoiqu'on n'ait pas trouvé parmi les caillots trace de tissus organisés), un médecin institue un traitement approprié. La malade croit se souvenir qu'à ce moment, pendant deux ou trois jours, elle a eu *des picotements et une sensation de tension assez marquée du côté des seins*.

Puis les pertes sanguines s'étant arrêtées, la malade reprend ses occupations, persuadée qu'elle a fait un avortement. Cependant, de temps à autre, environ chaque quinze jours, elle ressent de vives douleurs dans le ventre et dans les reins, douleurs dont elle peut délimiter le point d'origine, et de durée variable (un ou deux jours).

Ces douleurs, qui lui ôtent tout repos, s'accompagnent de crises gastriques assez intenses, caractérisées surtout par des sensations de crampes et de nausées, qui font que la malade ne s'alimente presque plus ; aussi elle maigrit beaucoup et assez rapidement arrive à un état de cachexie très marqué.

Nous voyons la malade le 2 mars 1907. Elle vient nous consulter, parce que la veille, dans une période de calme relatif, elle s'aperçoit qu'elle perd quelques gouttes de sang ; quelques instants après, elle ressent des douleurs violentes plus marquées qu'à l'ordinaire et accompagnées de frissons et de claquements de dents. Ces douleurs, qui reviennent de façon intermittente, lui laissent cependant peu de repos et sont accrues surtout par le décubitus dorsal.

Au moment où nous examinons la malade, nous trouvons un abdomen fortement tendu, la paroi musculaire se défend, la femme semble souffrir beaucoup ; après plusieurs tentatives d'examen, on réussit à faire relâcher un peu la paroi abdominale, et on trouve par le palper, une masse dure, de consistance ligueuse et sur laquelle on ne peut déterminer aucune partie fœtale. On a la sensation d'une tumeur globuleuse et irrégulière, sensiblement plus développée à gauche, ressemblant un peu à un gros utérus fibromateux et remontant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

L'auscultation est négative ; on perçoit *seulement un bruit de souffle intense à gauche de la tumeur*. Au toucher on trouve le col de l'utérus

légèrement dirigé en arrière : il est un peu ramolli et, sur son orifice externe, on trouve quelques bourgeons cicatriciels semblables à de petites granulations. L'orifice du col permet à peine l'introduction de la pulpe de l'index. Ce qui frappe surtout, c'est la présence, dans les culs-de-sac gauche et antérieur, d'une tumeur ayant la même consistance, dure, ligneuse, que nous avons trouvée à la palpation. Cette masse a l'air accolée à l'utérus, immobilisée dans le petit bassin ; par le palper et le toucher combinés, on peut parvenir à la mobiliser.

En cherchant à délimiter l'utérus, on parvient à sentir, entre la partie supérieure du col et la tumeur située dans le cul-de-sac antérieur, un léger sillon, peu marqué, il est vrai.

Supposant qu'un examen si précipité, sur une malade ayant beaucoup souffert pour venir à la Clinique, ne pouvait être qu'incomplet, on décide de la laisser au repos et de l'examiner à nouveau quelques jours après.

On met la malade au dortoir (lavement évacuateur, décubitus dorsal, régime lacté). La *température axillaire, prise matin et soir, reste normale*. Pour calmer les douleurs abdominales violentes, on donne à la malade des pilules d'extrait thébaïque et des lavements laudanisés. Enfin, dans la soirée, les douleurs devenant de plus en plus fortes, on fait une application de glace sur le ventre. Sous l'influence de ce traitement se produit une détente relative. Le lendemain on remplace la glace par des compresses chaudes ; les douleurs ont très sensiblement diminué. On s'occupe alors de remonter l'état général de la malade : potion de cacodylate de soude, injection de sérum artificiel (200 grammes), régime alimentaire plus substantiel.

Le 4 mars, deux jours après son entrée, on réexamine la femme. La tumeur abdominale s'est un peu ramollie, la malade est moins tendue ; les symptômes constatés deviennent plus nets ; la délimitation entre l'utérus et la tumeur se précise plus distinctement. Mais on ne peut mobiliser la masse qui occupe les culs-de-sac antérieur et latéral gauche. Malgré des observations multiples, il est impossible de percevoir dans le vagin ou à travers la paroi abdominale la moindre partie fœtale. En outre, nulle part on ne sent de crépitation parcheminée. Au cours de cet examen, on extrait de l'orifice du col un fragment de tissu qui a l'air d'être organisé. L'examen microscopique a été consigné dans la note ci-jointe, remise par M<sup>lle</sup> Godreau, aide de clinique : « On a trouvé des masses fibrinoïdes, avec des îlots de cellules

volumineuses, irrégulières qui, par places, semblaient fusionnées. En un point de la coupe existait un revêtement irrégulier, à une seule couche de cellules. On a constaté en outre, la présence d'une glande. Il s'agit sans doute de la couche superficielle de la caduque. On ne peut toutefois affirmer qu'il n'y ait que cela, et qu'il n'y ait pas de coexistence d'un néoplasme (choriome). »

D'après l'anamnèse, d'après les renseignements cliniques, nous posons le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec fœtus mort depuis trois ou quatre semaines.

Mais, pour plus de garantie, nous prions notre collègue et ami, M. le professeur Marie, de vouloir bien faire l'examen radiographique de cette tumeur. Les résultats de cette radiographie stéréoscopique ont été rapportés à la Société anatomo-clinique de Toulouse, dans la séance du 5 mai 1907. Nous avons présenté en même temps les clichés stéréoscopiques, qui permettent de voir très distinctement, dans la moitié droite du bassin, au voisinage des trous sacrés, deux petits points blanchâtres, qui se différencient très nettement du squelette pelvien et qui est situé à 4 ou 5 centimètres en avant de la face antérieure du sacrum. Ce sont là, à n'en pas douter, les empreintes dues à la projection d'une partie fœtale arrivée à un point d'ossification très avancée (les deux rochers probablement).

La malade ne supportant pas le sérum artificiel, on lui fait tous les jours des injections de 2 centimètres cubes de sérum de Chéron. L'état général est assez satisfaisant, les douleurs sont faibles, la température normale, le pouls assez bien frappé. Le troisième jour après son entrée, la malade a encore ressenti une sensation analogue à la montée du lait (picotement du côté des seins, écoulement du colostrum). Elle a eu un léger frisson, qui a duré peu de temps et n'a plus reparu.

Nous nous décidons à intervenir et nous fixons l'opération au 15 mars. La veille, purgation, grand bain, lavements. Le soir on fait une première toilette abdominale et vaginale, un pansement antiseptique. Le matin, nouvelle toilette abdominale.

*Opération.* — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane, sous-ombilicale ; à l'ouverture du péritoine, on trouve l'épiploon déchiqueté, de couleur feuille morte, dénotant un processus déjà ancien de sphacèle ; on débarrasse la surface de la tumeur des adhérences épiploïques et l'on voit qu'elle présente la même nuance feuille morte signalée plus haut. On pratique l'exploration de la masse et on trouve de nombreu-

ses adhérences avec l'intestin grêle, adhérences que l'on essaie de rompre avec beaucoup de soin ; on peut ensuite examiner la situation respective de l'utérus et du kyste fœtal.

Le kyste fœtal est placé en arrière et à gauche de l'utérus, adhérent à la corne gauche de cet organe. En haut et à gauche, le kyste est adhérent au ligament-lombo-ovarien de ce côté ; et en arrière il est uni par de nombreuses adhérences avec le bord vasculaire du côlon pelvien. En bas il occupe une partie du ligament large.

Le premier temps de l'intervention consiste dans l'isolement du pédicule utérin qui correspond à l'implantation normale de la trompe, mais ici la corne utérine, comme tout l'utérus du reste est hypertrophiée. Le pédicule à large base d'insertion est sectionné entre deux pinces-clamps. D'autre part le kyste est isolé du ligament lombo-ovarien, sur lequel est placé une pince-clamp. A ce moment le kyste se rompt en un point où sa paroi très amincie avoisine les éléments du ligament lombo-ovarien qui rampent à sa surface. Par cette brèche accidentelle se fait l'écoulement d'un liquide trouble couleur chocolat ; agrandie, elle permet d'en évacuer le contenu. Le fœtus est enlevé et, au moyen de compresses, le kyste asséché autant que possible. Évacuation du liquide qui s'était écoulé dans la cavité pelvienne, en petite quantité du reste, car elle était protégée par des compresses.

Dans un deuxième temps le kyste est soigneusement isolé de ses connexions nombreuses, dont les plus périlleuses résident sur le bord libre du côlon pelvien. En plusieurs endroits, il faut laisser des fragments de paroi adhérent au mésocôlon pour ne pas léser les arcades vasculaires et en certains points la paroi intestinale ; ces petits fragments sont touchés au thermocautère.

Suture de la section utérine au moyen d'agrafes métalliques de Michel. Hémostase définitive au niveau du ligament lombo-ovarien et dans l'épaisseur du ligament large, par la pose de plusieurs agraphes-ligature ; feuillet péritonéaux du ligament large rapprochés par deux agraphes : un long drain plonge dans la région gauche du petit bassin ; résection du grand épiploon dans toute la région atteinte de sphacèle.

Suture de la paroi à trois plans ; le drain passe par la paroi abdominale et est fixé avec un crin de Florence ; des mèches de gaze placées autour du drain s'enfoncent jusque dans la cavité pelvienne.

*Examen du kyste et de son contenu.* — A la surface du kyste, on ne

peut reconnaître ni trompe, ni ovaire. Fœtus : poids : 400 grammes ; longueur : 23 centimètres.

Placenta : 365 grammes ; débris : 50 grammes.

Le fœtus est placé la tête en bas et à droite.

L'opération a duré environ 50 minutes. L'anesthésie n'a demandé que 30 grammes de chloroforme.

Néanmoins nous concevons des craintes sur les suites de cette intervention, à cause de l'état de faiblesse extrême dans lequel était la malade au moment où nous l'avons opérée, et à cause du danger d'infection par l'issue subite, inattendue, par le contenu kystique dans le péritoine, au cours de l'opération. Il s'agit vraisemblablement de *nécrobiose aseptique*, mais assurément il n'est pas de meilleur milieu de culture.

Le poulx est à ce moment filiforme ; on fait 600 grammes de sérum caféiné et une piqûre d'éther. Cependant dès le soir le poulx s'est un peu ralenti et est devenu meilleur ; la malade, qui a des vomissements, est mise au champagne et à la glace ; on lui fait des piqûres de morphine et tous les jours une injection sous-cutanée de 500 à 800 grammes de sérum artificiel. Deux fois par jour on retire, par aspiration, les liquides contenus dans la cavité péritonéale. Ces liquides assez abondants sont séreux ou sanguinolents.

Au sixième jour, le 21 mars, le drain étant presque totalement expulsé, on le remplace par une mèche de gaze stérilisée. La température, qui depuis le premier jour s'était élevée progressivement, atteint 39°,5 le 20 mars et redescend ensuite peu à peu. Dès le 22 mars le liquide péritonéal, de séreux, devient louche et tourne à la purulence ; c'est par des lavages à l'eau oxygénée que l'on parvient à provoquer la cicatrisation de cette plaie.

Les suites opératoires à peu près normales, à part la suppuration déjà signalée, ont présenté deux points particuliers. Vers le 22 mars, la malade accuse une violente douleur, localisée d'abord au niveau et un peu au-dessus de la ligne de Mac Burney. A ce niveau on ne note d'abord rien de particulier ; cependant, au bout de deux ou trois jours, on remarque du gonflement de la région et l'on pense à un abcès de la paroi. En effet, le 27, en faisant le pansement, nous trouvons une grande quantité de pus, qui vient sourdre par le point le plus élevé de la plaie. On essaie de drainer, mais le pertuis est coudé ; on observe à

la suite de la rétention de pus, qui se termine spontanément deux jours après.

A peu près vers la même date, la malade présente du muguet buccal et pharyngien, que l'on traite par des lavages à l'eau de Vichy et des boissons alcalines.

Cet état dure environ cinq jours, puis s'améliore et les suites opératoires ont été dès lors à peu près normales, sauf une légère poussée de pyélonéphrite.

La malade quitte le service le 12 mai. Une fistulette persiste encore. Des pansements quotidiens sont faits et la cicatrisation définitive survient le 20 mai 1907.

Sans insister plus qu'il ne convient sur l'intérêt de cette observation, nous voulons seulement dire quelques mots sur les particularités suivantes :

1° D'abord à propos du diagnostic, nous ferons remarquer que, quoique le cortège symptomatique présenté par notre malade fût assez caractéristique (écoulements sanguins répétés, poussées péritonitiques, expulsion de caduque), le doute pouvait persister dans l'esprit, parce que les signes donnés par l'examen direct étaient moins convaincants que ceux fournis par l'étude des troubles fonctionnels; on constatait bien l'immobilité absolue de la tumeur, qui paraissait maçonnée dans le petit bassin; mais si le développement de l'utérus, le léger ramolissement du col, la présence d'un souffle militaient en faveur de l'idée d'une grossesse ectopique, il n'en est pas moins vrai que la ligne de démarcation entre l'utérus et la tumeur était des plus douteuses, et qu'il était impossible d'affirmer l'indépendance des deux tumeurs pelviennes. Nous avons eu l'explication de cette particularité, au cours de l'intervention, quand nous avons vu que le pédicule du kyste était constitué en grande partie aux dépens de la corne utérine gauche.

Mais ce qui aurait pu faire hésiter encore davantage, c'était l'absence de tout signe fœtal (ballottement ou perception des petits membres), alors que le volume de la tumeur et le récit de la malade permettaient de supposer que la grossesse était arrivée au moins à la fin du 5<sup>e</sup> mois quand survint la mort du fœtus. Nous savons pourtant que le ballottement fœtal est perçu longtemps après que le fœtus a succombé (six semaines après, dans un cas de M. Pinaud). En outre, quand l'examen ne fournit plus aucune trace du fœtus, il est de règle de trouver alors la crépitation osseuse des os du crâne chevauchant les uns sur les autres. Ici, rien de semblable.

C'est pour cette raison que la radiographie stéréoscopique pouvait avoir une valeur considérable, en corroborant un diagnostic hésitant ou en réformant un diagnostic erroné.

M. Marie fut assez heureux pour obtenir une épreuve qui, examinée au stéréoscope, révéla sans aucun doute la présence de deux masses osseuses indépendantes du squelette pelvien, situées à environ 5 ou 6 centimètres de la face antérieure du sacrum et appartenant nécessairement à un fœtus. Ce sont deux régions du crâne déjà très ossifiées, probablement les deux rochers. D'ailleurs, sur le cliché négatif, on voit autre chose, et on peut distinguer comme une légère toile d'araignée qui, partant des points osseux signalés plus haut, se dirige vers la gauche et, décrivant une courbe à convexité inférieure, représente le corps du fœtus replié sur lui-même en cyphose physiologique.

Ces résultats positifs sont assez rares, dans la grossesse extra-utérine (1), pour que nous nous permettions d'attirer

---

(1) SCHÖENBERG, de Hambourg, dans sa *Röntgensche Technik*, 1906, a signalé quelques faits semblables; mais il s'agissait, croyons-nous, de grossesse plus avancée.

votre attention sur l'aide précieuse que la gynécologie peut retirer de la radiographie stéréoscopique dans quelques cas embarrassants.

2° Nous ne discuterons pas l'opportunité de l'intervention, imposée par la mort déjà ancienne du fœtus et par les risques d'infection du kyste. Ces craintes étaient d'ailleurs justifiées par le léger frisson ressenti par la malade quelques jours après son entrée à la Clinique. Aussi, après une semaine consacrée à remonter son état général très déprimé, nous n'avons pas hésité à pratiquer la laparotomie.

3° Le mauvais état général de notre malade aurait pu nous donner l'idée de réduire au minimum le traumatisme opératoire. On aurait bien pu se décider à faire une simple évacuation du kyste avec marsupialisation de ce dernier à la paroi abdominale. Il faut toujours prévoir au delà et être prêt pour une opération complète. *En effet, ici il eût été impossible de s'arrêter à l'idée de marsupialisation, le sphacèle de la paroi kystique sur une étendue très considérable nous mettait dans l'obligation absolue de pratiquer l'extirpation.* Et quoique cette extirpation ne se présentât pas comme simple, en raison des nombreuses adhérences du kyste, elle était imposée, malgré l'état précaire de la malade, par le *processus de nécrobiose* qui avait envahi l'œuf désormais dépourvu de vitalité. Il y avait donc lieu de pratiquer une extirpation totale, en agissant aussi rapidement que possible.

4° Nous avons tout de suite abordé la corne utérine gauche et les annexes correspondantes distendues. En outre de l'union du kyste avec le fond utérin, nous avons rencontré aussi à droite des connexions assez intimes avec le ligament lombo-ovarien; là, des adhérences étendues

rendaient difficile la création d'un pédicule. Nous avons néanmoins posé des pinces-clamps sur la corne utérine et sur le ligament suspenseur de l'ovaire. C'est au cours de cet manœuvres que la paroi kystique amincie et sans résistance s'est soudainement rompue, nous obligeant à l'évacuation préalable du kyste et à la toilette de la cavité pelvienne inondée par cette irruption subite, malgré la présence des compresses protectrices.

5° Puis l'extirpation de la paroi kystique a été rendue difficile par les adhérences, en particulier par celles siégeant au niveau du bord vasculaire du côlon pelvien. Il a même fallu en certains points abandonner dans la plaie de petits lambeaux de paroi kystique, afin d'éviter de léser des vaisseaux destinés au côlon. Quoique touchés au thermo-cautère, ces fragments ont certainement joué un rôle dans les phénomènes d'infection locale observés au cours des suites opératoires.

## OBSERVATION II

*Bertino. Annali di ost. e ginec. 1902, n. 5, p. 513.*

Femme de 30 ans, admise à l'Institut obstétrico-gynécologique, le 26 mars, 1901.

Menstruation régulière. Dernières règles 3 années et demie auparavant, mais aménorrhée physiologique, liée à 3 grossesses et aux allaitements successifs. Dernier accouchement le 25 avril 1898, suites de couches normales, d'ailleurs comme les précédentes.

Au cours du dernier allaitement, elle pensa, à cause de certains symptômes, qu'elle était de nouveau enceinte, et, par crainte de nuire à l'enfant, elle cessa d'allaiter le 13 mai. D'autre part, il lui parut que cette grossesse n'allait pas comme les autres (douleurs abdominales fréquentes, mouvements de l'enfant plus pénibles, plus superficiels).

Le 1<sup>er</sup> novembre 1900, au matin, 6<sup>e</sup> mois de la grossesse suivant son calcul, elle fut prise brusquement, de violentes douleurs abdominales, plus particulièrement localisées dans le flanc gauche, de pertes de connaissance, etc. Comme, la veille, la femme avait mangé des champignons, la première idée fut qu'il s'agissait d'un empoisonnement, idée qui fut admise par le médecin appelé, lequel fit une médication dans ce sens (émétique) qui resta sans effet. Durant 3 jours, *douleurs abdominales et pertes de connaissance*, se reproduisirent avec la même intensité, en dépit de l'administration des narcotiques et des calmants. A partir de ce moment, la femme ne perçut plus les mouvements actifs du fœtus, elle nota simplement que la masse formée par le corps du fœtus s'était déplacée vers la fosse iliaque gauche, où elle tendait plutôt vers la ligne médiane. Les premiers trois jours passés, les symptômes les plus notables furent *des vomissements* et une constipation rebelle. Peu à peu, les douleurs s'atténuèrent, mais ne disparurent tout à fait qu'après un mois. Dans les premiers jours de décembre, survint une perte de sang qui se prolongea environ 22 jours, et fut suivie d'un écoulement jaune roussâtre et légèrement fétide. En janvier 1900, l'expulsion de l'enfant ne se faisant pas spontanément, il fut donné des remèdes (du seigle ergoté, semble-t-il), et un médecin introduisit dans la cavité utérine une bougie qui fut laissée 8 jours (elle amena quelques contractions). On introduisit ensuite à plusieurs reprises et sans succès des cônes de laminaire. La femme fut alors abandonnée à son triste sort. A partir de ce moment, la fétidité de l'écoulement alla en augmentant jusqu'en mai 1902, époque à laquelle la femme fut étonnée de voir qu'elle rendait par le vagin des fragments d'os. On en conserva une bonne partie. Ils étaient tous de petite dimension (de la grosseur d'un pois à celui d'un haricot, etc.). Vers la même époque, la peau, au niveau de l'ombilic, devint rouge, douloureux au toucher, et bientôt, on vit sortir, en cet endroit, un liquide jaunâtre, fétide, semblable à celui qui s'écoulait par le vagin. Il n'y eut pas, à ce niveau, élimination de fragments osseux mais de *débris de tissus sphacelés*. Quant à la malade, clouée déjà dans son lit, son état ne fit qu'empirer (*suppuration lente, fièvre à intervalles irrégulières, nutrition défectueuse, etc.*).

*Examen actuel.* — Ventre gros comme dans une grossesse à 5 mois, douloureux à la pression. Au palper, on perçoit une tumeur médiane, presque sphérique, qui de quelques doigts au dessous du nombril,

descend près de la sympluie. La cicatrice ombilicale est déprimée, entourée d'une zone rouge. Il en sort, spontanément, et plus par la pression, un liquide sanieux, très fétide. La masse est immobile, elle se prolonge dans le petit bassin; la peau qui la revêt est fixe, sauf sur les côtés. La consistance est pâteuse, sauf en un point, en haut, où l'on trouve comme une grosseur dure, arrondie, au niveau de laquelle on provoque par la pression des bruits de craquements.

*Organes génitaux extérieurs de pluripare.* — Vagin plutôt étroit, court. La portion vaginale du col, de petit volume, de consistance cartilagineuse et déplacé en avant et en bas, l'orifice externe est limité par deux petites lèvres bien distinctes, il ne permet pas l'introduction du doigt. Corps de l'utérus gros comme dans une grossesse à 5 mois; il occupe le petit bassin et se continue en haut avec la masse perçue à travers la paroi abdominale. Il est mou, pâteux, fixe.

D'un côté comme de l'autre du corps de l'utérus, rien de spécial. Le col étant mis en vue, on voit sourdre de l'orifice externe le liquide dont il a été parlé plus haut. L'hystéromètre pénètre de 14 centimètres. Il donne l'impression qu'il touche des parties dures osseuses. On sent l'extrémité de l'hystéromètre à travers la paroi abdominale. Au toucher rectal, la face postérieure de la tumeur, qui se continue avec le col est lisse, régulière, elle efface complètement le Douglas. Le cathéter vésical se dirige en avant, derrière la symphyse. Urine trouble, jaune, rousseâtre, à réaction alcaline, non albumineuse, riche en phosphates.

C'est dans ces conditions que l'auteur essaya de débarrasser la femme par la voie vaginale. La tentative fut laborieuse, irréalisable, mais elle permit de noter ce fait intéressant que le liquide injecté dans l'utérus refluaît en partie par la cicatrice abdominale.

Il y avait donc communication entre l'utérus et la tumeur. On procéda ensuite à la *laparatomie*, qui permit de constater la présence d'un kyste foetal extra-utérin, rempli d'os et d'un liquide brunâtre à odeur nauséabonde, et d'enlever successivement ce qui restait du squelette du foetus, (Os crâniens, faciaux, phalanges, métacarpes, vertèbres, etc.).

La poche fut ensuite très minutieusement lavée, puis tamponnée, les tampons ayant un double but : assurer le drainage et prévenir toute hémorragie secondaire. Tamponnement du vagin à la gaze stérilisée. Suites opératoires très régulières. Le traitement consista en renouvellement du tamponnement et en lavages avec la solution salée physiolo-

*gique*. Au début, on constata que la sonde introduite dans l'utérus pénétrait par la partie inférieure dans la tumeur. Peu à peu, la poche kystique se rétrécit, toute fétidité disparut, il se forma une sorte de cloison médiane qui divisa la poche en deux portions; ultérieurement, aucune partie du liquide introduit dans l'utérus ne pénétra dans la poche kystique.

Au commencement d'août, l'examen donnait : au col de l'utérus fait suite un corps allongé, adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen, légèrement mobilisable sur ses côtés; il a un volume égal à celui de l'utérus d'une femme non enceinte, il est en légère antéversion. Les mouvements qu'on lui imprime, par l'examen combiné, sont un peu douloureux et se transmettent à la paroi abdominale qui porte la cicatrice, reste de l'intervention. Le cathéter utérin pénètre facilement dans l'utérus, la concavité dirigée en avant, et mesure 7 centimètres. On ne sent pas son extrémité à travers la paroi abdominale.

### OBSERVATION III

*Grossesse extra-utérine. — Communication du kyste avec la cavité utérine par le Docteur GALABIN (Obs. Soc. Trans. 1875).*

F., âgée de 31 ans; dernières couches en janvier 1874; devenue enceinte au mois de juin; perte de sang considérable; cessation des mouvements du fœtus. En mai 1875, entre à Guy's Hospital, 14 mai; col de l'utérus non entrouvert, dilatation de l'orifice, introduction d'un cathéter, expulsion d'un liquide brunâtre très décomposé. Le 16, *fétidité de l'écoulement*; à dix heures du matin, le siège du fœtus put être senti et se présenta à l'ouverture du col; la cavité fut lavée soigneusement mais la malade mourut le 17.

*Autopsie.* — La paroi abdominale sectionnée, on trouve une membrane grisâtre à demi gangrenée, formant un kyste entourant complètement le fœtus, le placenta était attaché à la paroi postérieure du kyste du côté gauche. Il y avait une ouverture arrondie du kyste dans l'utérus, laquelle permettait d'introduire le bout du doigt. Les parois étaient lisses, comme celles d'une ouverture ancienne.

## OBSERVATION IV

*Grossesse extra-utérine. — Ouverture du kyste à la paroi abdominale. — Extraction du fœtus. — Guérison par le Docteur WINDRIFF (de Cassel). (Bulletin méd. du nord, 1878, page 129.)*

C... a subi, en 1869, l'opération césarienne. Elle eut alors un énorme abcès du flanc droit qui faillit l'enlever. Cette fille, qui depuis s'était bien portée, entra à l'hôpital en juillet 1872, offrant les symptômes d'une *pelvi-péritonite* extrêmement grave ; ses règles étaient supprimées depuis quelque temps. La femme resta pendant un mois entre la vie et la mort, puis elle perdit abondamment du *sang et du pus* par le vagin. Tous ces symptômes s'amendèrent rapidement et elle put reprendre son travail.

Neuf mois plus tard, cette femme qui a été bien réglée depuis la maladie ci-dessus relatée, revient offrant des symptômes graves au flanc droit ; il se forme au-dessous de l'ombilic sur le côté droit de la cicatrice de l'opération césarienne, une tumeur de la valeur d'un œuf de poule, arrondie, fluctuante et douloureuse au toucher. On abandonne l'ouverture à la nature. Il sort un *pus brun, fétide*, mêlé de *lambeaux mortifiés*. Quinze jours après, la malade quitte l'infirmerie, mais elle revient un mois après l'ouverture du kyste se plaignant de sentir quelque chose de dur dans la plaie. Le médecin ou la femme elle-même retirent un grand nombre de pièces du squelette. Au moment où l'observation est publiée, on sent un fragment plus considérable s'engager dans l'orifice et qui paraît être l'occipital.

Nous ferons suivre ces quatre observations, faisant nettement mention de sphacèle, de cinq autres qui nous paraissent relater, d'après les expressions employées, l'histoire de kystes qui étaient sphacelés ou sur le point de le devenir et

dans lesquelles, les auteurs ont employé d'autres expressions que celle de gangrène.

## OBSERVATION V

De LOP, in Gaz. des Hôpitaux, mai 1907

Jeune femme, 29 ans, secondipare. Ces deux grossesses ont été menées à bien, allaitement. Il y a cinq ans, métrite hémorragique, post abortum, curettage. Extirpation d'un polype à l'urèthre. En 1902, salpingite à gauche. Traitement médical, 25 jours au lit, 15 jours sur la chaise-longue, guérison.

Silence jusqu'en juillet 1904; nouvelle poussée plus intense avec retentissement sur l'état général, fièvre. La malade refuse de se laisser opérer. Plus rien jusqu'au 15 juin 1906. La santé était revenue bonne, la jeune femme avait même engraisé. 15 juin il y a un retard de 6 semaines dans les règles, mais la malade n'y prête aucune attention, la menstruation étant toujours irrégulière. A ce moment, obligée de changer de domicile, elle se fatigue pour installer sa nouvelle maison. Le 15 au soir, elle est prise subitement d'une douleur intense dans la fosse iliaque gauche, de courbature généralisée. Elle se couche, se purge, continue de souffrir jusqu'au 20, date à laquelle elle me fait appeler. Pas de température, le pouls est fréquent, la langue sale, mais le facies est bon. A l'examen, je trouve l'utérus douloureux gros, une matité remontant jusqu'à l'hypogastre; il me paraît y avoir réveil de la salpingite, contre lequel j'emploie glace, opium, repos absolu, lavements chauds, injections chaudes.

L'état local ne s'améliore que très lentement, mais il n'y a pas de température jusqu'au 25 au soir; *grand frisson* 39°8; les jours suivants température matin et soir, frissons répétés. L'état général devient inquiétant: 38°5 à 39°4, matin et soir; muguet dès le 28: Estimant qu'une intervention s'imposait, j'appelais en consultation le docteur Platon le 29, et j'intervenais le 1<sup>er</sup> juillet, à 8 heures du matin. La veille sérum et purgation. Mise en Trendelenburg, on constate une péritonite diffuse à tout le petit bassin: l'utérus augmenté de volume (deux mois). A gauche, je trouve une poche volumineuse noirâtre for-

mée par la trompe distendue. A l'aide de compresses je recherche un plan de clivage pour détruire sans danger les nombreuses adhérences de la trompe et de l'utérus avec l'intestin. Le kyste, très friable, se crève : issue d'une quantité de caillots noirâtres *légèrement puriformes*, qu'on est obligé de vider avec une cuiller à café, tellement est profonde la poche qui distend le Douglas. Après examen des annexes du côté droit et de l'utérus, j'estime, étant donné l'intégrité apparente de ces organes, l'âge de la malade, qu'il y a lieu de les conserver. Je referme le ventre après avoir drainé par précaution, à cause de l'aspect puriforme des caillots. Les suites opératoires furent parfaites, la température tomba immédiatement, et trois semaines après, la malade se levait, pour partir à la campagne huit jours plus tard. La menstruation est revenue et l'état local, parois, utérus, et annexes est parfait. J'ai revu cette femme le 30 septembre, l'état général est excellent.

## OBSERVATION VI

*Grossesse extra-utérine tubaire. — Rupture au quatrième mois. — Mort du fœtus. — Grossesse abdominale secondaire. — Mort de la mère par pneumonie, par Mossé, interne des hôpitaux. (Soc. anat. 27 janvier 1878.)*  
Résumée.

Ch..., 25 ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. Oulmont, le 18 Janvier 1878. Meurt de pneumonie dix jours après. Au mois d'août précédent, cette fille qui était enceinte de quatre mois environ, en sautant à la fois quatre ou cinq marches d'un escalier, ressentit dans le ventre *une douleur vive* et fut obligée de se coucher.

Des symptômes d'une hémorragie intra-péritonéale avec inflammation de la séreuse, furent constatés par M. le Docteur Sauvestre. Moins d'un mois plus tard elle était complètement rétablie.

*Autopsie.* — Quelques taches noires sur le péritoine qui semblent être dues à une hémorragie interne ancienne. On trouve dans l'excavation pelvienne, dont elle dépasse le bord supérieur, une masse volumi-

mineuse irrégulière, de coloration noire par places, marbrée sur d'autres. assez nettement placée sur la ligne médiane pour pouvoir d'abord être prises pour l'utérus, dont elle rappelle la forme générale malgré son irrégularité. Cette masse est enlevée avec tous les annexes pour pouvoir être étudiée en détail. On s'aperçoit que l'utérus est situé en avant et au-dessous de cette tumeur, qu'il en est bien distinct, qu'il est normal, non augmenté de volume.

Les annexes du côté gauche sont sains. Du côté droit il existe des modifications considérables. La trompe, après un trajet de quelques centimètres, s'arrête brusquement et offre une solution de continuité. La déchirure est complète et telle qu'il ne reste de cet organe à peu près que la moitié correspondante de l'utérus. La tumeur est constituée par une poche contenant le produit d'une grossesse extra-utérine. Le placenta est entier et constitue les parois de la poche qui remplace un fœtus âgé de cinq mois environ. Le fœtus est adhérent en certains points au placenta ; en outre, les membranes adhèrent au fœtus. Sur toute la moitié droite du tronc et à gauche, les adhérences occupent une certaine étendue. Le fœtus présente d'autres particularités intéressantes au point de vue tératologique.

Le cordon est enroulé autour du tronc et des membres du fœtus.

## OBSERVATION VII

*In thèse de Maur, 1903.*

Lucie, âgée du 44 ans, entre le 10 novembre 1899; réglée à 10 ans; depuis toujours bien réglée. Deux enfants, couches pénibles mais accouchements spontanés. Bonnes suites de couches. Un garçon de 15 ans, une fille de 7 ans et une fausse couche. Dernières règles le 21 septembre 1899. Elle doit revoir le 21 octobre; comme les règles ne reviennent pas ce jour là, la malade s'en impressionne beaucoup, se croit enceinte, essaye de faire revenir ses règles en absorbant de l'eau de vie allemande le 22; le 23, elle prend deux pilules de Dechaud; le 24 du seigle ergoté; le 28 et 29, elle se fait des injections dans le col avec une canule; le 4 et le 5, elle a des syncopes.

Entrée à l'hôpital le 10 novembre : affectée, facies terreux, subicté-

rique, langue blanche, sèche, écaillée, pupilles contractées, réagissant peu à la lumière; temp. 38°, pouls 124, petit, dépressible; ventre ballonné mais souple. Utérus gros, semble fibromateux, remontant jusqu'à 4 travers de doigts au-dessus de l'omblic et déjeté à droite; col très haut, ne paraît pas modifié.

A gauche, dans le bassin, on trouve une zone de matité et une tumeur presque fluctuante se déplaçant facilement.

Cœur : Battements réguliers, rapides, assez bien frappés.

Foie petit : Rate non perceptible à la percussion.

Urines contenant des urates albumineuses.

La malade est traitée par le repos, la glace sur le ventre.

Le 13 novembre : Zone de matité remontant au dessus de l'ombilic; l'utérus est en rétroversion droite, le col haut situé; le 15 novembre, on sent au palper de la fosse iliaque gauche, des parties dures irrégulières, l'utérus est déjeté à droite, l'hystéromètre donne 9. Le 25 novembre : Intervention, incision de la paroi abdominale très vasculaire; on voit à gauche, une tumeur du volume d'un œuf de dinde tendue de coloration brune, formée par l'annexe correspondant distendu; on en fait l'ablation. A droite, on fait l'ablation d'un pyosalpinx. Puis on retire la valeur d'un litre environ de sang noir. On nettoie la cavité abdominale, on draine, on suture. L'ouverture de la tumeur gauche montre qu'il s'agit d'une grossesse tubaire. 30 novembre, mort.

## OBSERVATION VIII

*De Tayle et Naudrot. Revue de Chirurgie, 1904. Résumé.*

Dans cette observation on remarque tous les symptômes des grossesses extra-utérines : Douleurs abdominales, bourdonnements d'oreille, troubles visuels, syncopes; vives douleurs métrorrhagies. On a fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue.

Opération : Laparotomie; on trouve une masse gris noirâtre médiane; hémostase avec agrafes, drainage à Mickulicz avec 5 mèches et gros tubes,

## OBSERVATION IX

*Grossesse extra-utérine — Occlusion intestinale ; mort, autopsie par M. CHEVALIER (in : Thèse Chayé, Paris 1882).*

Le 16 novembre dernier, à 7 heures du soir, la femme X... âgée de 33 ans est apportée à l'Hospice de la Charité; cette femme a joui jusque là d'une excellente santé, réglée à 14 ans, la menstruation a toujours été régulière; une grossesse il y a 10 ans, accouchement normal. Suppression des règles il y a quatre mois; quelques semaines plus tard, vomissements, tuméfaction des seins. Il y a quinze jours, réapparition d'un léger écoulement sanguin par la vulve coïncidant avec une diminution notable des seins. A son entrée à l'Hôpital on constate les signes suivants : *ballonnement* du ventre, arrêt des gaz et des matières depuis huit jours. Depuis deux jours seulement, *coliques, nausées, vomissements alimentaires et glaireux*. Par le toucher vaginal et surtout par le toucher rectal on constate la présence d'une tumeur volumineuse incluse dans la cavité pelvienne. Cette tumeur est immobile, lisse, uniforme, rénitente, et donne au doigt la sensation d'une poche kystique fort tendue. Le col est mou; l'exploration abdominale est rendue très difficile par la distention exagérée de la paroi sous laquelle on voit se dessiner des anses intestinales; on constate tous les signes de l'occlusion intestinale; le 17 novembre, même état, on donne trois gouttes d'huile de croton dans un julep gommeux. Deux heures plus tard, vomissements bilieux abondants; le 18 ponction de la tumeur au niveau du cul-de-sac postérieur; issue de sérosité pure suivie de sang et de caillots noirs; à l'hystéromètre, l'utérus donne 13 centimètres, cet organe est refoulé en avant et à droite. M. Laroyenne porte le diagnostic de grossesse extra-utérine; bien plus, il pense que la réapparition de l'écoulement menstruel il y a quinze jours et la diminution notable des seins, à ce moment doivent faire songer à la mort du fœtus; l'état général s'aggrave et la malade succombe le 19.

*Autopsie.* — A l'ouverture de l'abdomen on trouve une poche hystique *à un reflet noirâtre* adhérente au gros intestin et à la cavité pelvienne, la masse morbide occupe tout le cul de sac utéro-rectal et empiète un

peu sur la fosse iliaque droite ; la paroi de ce kyste est épaisse stratifiée ; on en retire un fœtus de 75 centimètres, non macéré.

Donc le sphacèle existe dans les kystes de grossesse tubaire. Comment se produit-il ?

Nous avons vu, au cours de ce chapitre, que souvent lorsqu'une tumeur ovarienne ou salpingienne se tord, le pédicule d'abord puis la paroi du kyste se sphacèlent. De même, si la tumeur fœtale se tord, et nous avons expliqué dans quelles conditions cet accident peut se produire, elle se sphacèlera et cette mortification se produira naturellement aux points les moins vasculaires, c'est-à-dire à la portion de la trompe opposée au pôle d'insertion placentaire ; (dans notre observation princeps, toute la paroi était gangrénée ; il y a eu dans ce cas torsion puisqu'il y avait des adhérences avec le côlon pelvien). La paroi d'ailleurs n'a pas besoin d'être avasculaire : s'il s'est produit de petites hémorragies interstitielles qui ont dissocié les éléments de la trompe qui l'ont amincie, il est évident que la nutrition des éléments ne se fera qu'imparfaitement, surtout si le kyste est très tendu. On pourrait encore se demander si le sphacèle de la paroi du kyste ne provient pas de ce qu'elle est comprimée entre le fœtus et les parois osseuses du petit bassin : la partie comprimée aura sa circulation interrom-

pue et pourra se nécroser. Lorsqu'il ne s'est pas formé d'adhérences, ou que ces adhérences ne contiennent pas à un moment donné une quantité suffisante de vaisseaux néoformés, pour nourrir kyste et fœtus, il est juste d'admettre que les points les moins vasculaires se mortifieront. Si le placenta est lésé ou s'il se décolle, s'il y a un faux travail et que le fœtus meure, l'apport du sang n'étant plus utile ne se fera plus et il pourra y avoir sphacèle. Dans le chapitre d'anatomie nous avons vu que beaucoup d'auteurs avaient constaté des lésions vasculaires; quelquefois on trouve des artères oblitérées par des villosités ou des cellules syncytiales; quelques-unes sont thrombosées, d'autres enfin peuvent avoir de l'endarterite végétante; toutes ces lésions qu'elles soient isolées ou rassemblées peuvent amener évidemment l'obstruction des vaisseaux et par ce mécanisme entraîner la mortification du kyste.

Si nous examinons les phénomènes qui entraînent la rupture tubaire, nous allons voir qu'ils peuvent expliquer le sphacèle. La rupture avortée, nous avons vu, peut provenir d'hémorragies répétées dans l'intérieur du kyste et amenant la surdistension, ou bien encore, cette rupture, peut-être due à l'amincissement et la distension de la paroi par les éléments fœtaux, qui ont une extraordinaire vitalité. Nous trouvons naturel de croire

que le sphacèle, peut provenir de ces causes. En effet, la surdistension exagérée, aidée par les hémorragies interstitielles, empêche la circulation et la pénétration des éléments fœtaux dans la paroi tubaire, la détruisant peu à peu, diminue aussi sa nutrition au point d'insertion placentaire, mais dans ces cas, le sphacèle sera limité à cette zone d'insertion.

Il est probable que le sphacèle est souvent passé inaperçu dans beaucoup de cas où il existait, car il n'est souvent visible que lorsqu'il est à son dernier degré. On sait, en effet, que dans les kystes ovariens tordus, on distingue trois degrés dans la gangrène : 1° la congestion ; 2° l'hémorragie ; 3° le sphacèle proprement dit ; nous croyons qu'il en est de même pour le kyste fœtal. Nous avons remarqué, au cours de nos recherches bibliographiques, que, dans les observations, on remarquait très souvent de la congestion, des hémorragies interstitielles et de la friabilité de la paroi tubaire ; peut-être ces lésions n'étaient-elles que le début d'un sphacèle consécutif à une torsion lente qui est passée inaperçue.

On voit donc que les hypothèses précédentes pouvant expliquer le sphacèle, peuvent se résumer en deux catégories ; la première contiendra

la torsion, la compression, le défaut d'adhérences, les lésions placentaires et vasculaires ; la seconde contiendra la surdistension, l'amincissement et l'action corrosive des éléments fœtaux.





## CHAPITRE III

### **Symptomatologie**

---

Dans les observations que nous avons pu recueillir aussi bien que dans la généralité des cas de grossesse ectopique, nous constatons l'existence manifeste des divers signes de la grossesse. Parmi les signes de certitude, il en est un qui manque : c'est la tumeur utérine, mais on constate l'existence des autres : tumeur para utérine, mouvements actifs du fœtus, bruits du cœur fœtal, souffle et thrill placentaire, etc. Ce dernier signe a une grande importance, car il permet de connaître la position du placenta dans la grossesse extra-utérine, ce qui peut avoir une importance au point de vue opératoire.

On se trouve en présence d'une femme ayant eu des signes nets de grossesse, mais depuis un certain temps, la femme ne perçoit plus les mou-

véments actifs, il s'est fait une montée laiteuse, il y a eu un faux travail. Par l'examen direct, on constate l'examen d'une tumeur fluctuante indépendante de l'utérus et dans laquelle on peut reconnaître, par le palper, les différentes parties fœtales, on peut même percevoir du souffle placentaire. On arrive ainsi à diagnostiquer une grossesse extra-utérine avec mort du fœtus. En examinant les observations, on se rend compte que la malade a eu une crise abdominale : douleurs, vomissements, météorisme ; quelquefois écoulement sanguin ou purulent, fièvre, lypothymie, perte de connaissances, syncope. A la suite de cette crise, elle n'a plus perçu les mouvements fœtaux. Il est vraisemblable qu'il s'agit là d'une phase de torsion du pédicule. Mais l'existence de cette crise ne se révèle pas à la lecture de toutes nos observations ; lorsque la crise est terminée, la fièvre peut apparaître ou persister et le contenu kystique est non seulement frappé de mort, mais encore de suppuration. Le diagnostic de grossesse extra-utérine avec fœtus mort est fait, les indications opératoires s'imposent. Pouvons-nous avant l'intervention faire le diagnostic de sphacèle de la paroi du kyste ?

Examinons séparément chacune de nos observations :

Dans l'observation I, de MM. Audebert et Dieulafé, nous sommes en présence d'une femme qui a eu une crise abdominale chez laquelle on reconnaît la mort du fœtus, un souffle intense sûrement placentaire à gauche de la tumeur; l'opération, en outre, de la nécrobiose aseptique, montre que la tumeur « était adhérente au bord vasculaire du colon pelvien », ce qui nous laisse croire que la tumeur pour venir s'accoler à cette partie de l'intestin *avait du subir un mouvement de torsion amenant la crise abdominale plus haut relatée*; mais rien, dans cette observation si détaillée, ne permet de prévoir du sphacèle.

L'observation II, de Bertino, rend compte d'une violente crise abdominale chez la femme qui en fait l'objet. Cette crise dure trois jours : pertes de connaissance fréquentes, douleurs violentes, malgré l'administration de narcotiques. A partir de ce moment, les mouvements du fœtus s'arrêtent et la femme sent qu'il s'est logé dans la fosse iliaque gauche; elle a des vomissements. Le kyste s'était donc déplacé, peut-être par torsion, ce qui expliquerait cette violente crise abdominale qui ne pouvait pas être due à une hémorragie, la malade n'en ayant pas présenté les symptômes. Un peu plus tard, fièvre, écoulement vaginal fétide, expulsion de débris sphacèles (os et tissus). Voilà donc une femme qui a eu

une crise abdominale, un écoulement fétide et de la fièvre ; on pourrait, nous semble-t-il, après de tels symptômes, penser à du sphacèle produit par la torsion, sphacèle qui se serait accompagné de suppuration, comme l'indiquerait l'écoulement fétide.

L'observation III ne donne d'autre renseignement que la fétidité de l'écoulement.

La femme dont il est question dans l'observation IV a présenté de la pelvi-péritonite grave, a rendu du pus, du sang, des lambeaux mortifiés par le vagin ; pas d'autre accident ; il est impossible de tirer de cette observation un symptôme donnant l'idée de sphacèle.

La malade de l'observation V a eu une crise abdominale et de la fièvre.

Les observations VI, VII, VIII, IX ne présentent aucun indice permettant de soupçonner la gangrène du kyste.

D'après le nombre trop restreint d'observations, nous ne pouvons proposer une symptomatologie du sphacèle du kyste fœtal et pour l'instant nous concluerons qu'on ne peut, avant l'intervention, faire le diagnostic de cette complication de la grossesse extra-utérine.

Il est à souhaiter que les opérateurs relèvent ce fait chaque fois qu'ils l'observeront ; afin de réunir un grand nombre de cas qui permettront

peut-être de créer une symptomatologie destinée à dépister cet accident et d'intervenir en conséquence pour le plus grand bien des malades, car si une grossesse extra-utérine est une affection très grave, à plus forte raison l'est-elle davantage quand elle se complique de gangrène.







## TRAITEMENT

---

L'incertitude dans laquelle nous laisse notre conclusion précédente, au point de vue du diagnostic, doit armer le chirurgien en vue de toute éventualité possible.

Lorsqu'on s'adresse à une grossesse extra-utérine que l'on traite par la laparotomie on peut, selon les circonstances, choisir entre deux opérations : l'extirpation totale du sac foetal ou sa marsupialisation. C'est surtout dans les grossesses extra-utérines de plus de cinq mois, que la marsupialisation est choisie par la majorité des opérateurs ; du reste, dans certains cas elle s'impose : c'est lorsque le placenta a acquis avec les organes voisins des connexions trop profondes ou que le kyste foetal est lui-même le siège d'adhérences ; on extériorise une partie du kyste, on l'ouvre, on le fixe à la paroi et on pratique à l'intérieur un large drainage à la Mickulicz, soit

après avoir pu extraire le placenta, soit plus fréquemment en l'abandonnant à l'élimination spontanée ; tout se passe ainsi sans grand traumatisme ; l'opération est rapide, le shock est réduit au minimum.

Mais, si à l'ouverture de l'abdomen, l'opérateur constate que la paroi du kyste fœtal présente la coloration caractéristique du sphacèle, si ce sphacèle est étendu, son devoir est d'ententer l'extirpation totale car la membrane kystique ainsi altérée deviendrait bien vite un bon milieu de culture.

On fera donc l'extirpation totale du sac après hémostase du pédicule à l'aide d'agrafes de Michel qui permettent d'opérer avec rapidité ; on détruira aussi bien que possible toutes les adhérences que l'on pourra toucher au thermocautère ; on fera une toilette péritonéale soignée ; enfin on drainera par un gros drain et pendant les jours qui suivront l'opération, il sera bon d'aspirer le liquide péritonéal qui se sera formé ; dans le cas de MM. Audebert et Dieulafé, cette aspiration a donné les meilleurs résultats : la fièvre est tombée dès les premiers jours qu'on a employé cette technique ; M. le Professeur Audebert attache une grande valeur pratique à cette manière de faire. D'ailleurs, même dans des cas où on suit très scrupuleusement la technique

opératoire aseptique, le péritoine, d'après Auché et Chavannaz, est infecté au cours des laparotomies. Mais cette infection si atténuée, puisque d'après ces auteurs le liquide péritonéal ne cultive que si on l'ensemence abondamment dans un tube, ne présente qu'une faible virulence et le péritoine réagit très heureusement contre cette infection. Les chirurgiens après leur laparotomie, dans les premiers jours de suite, opérations heureuses, observent parfois de petites élévations thermiques de 37 degrés 8, 38 degrés ; l'aspiration péritonéale, telle que la pratiquent systématiquement certains opérateurs, met à l'abri de ces hyperthermies généralement sans conséquences facheuses. Dans des cas comme celui de MM. Audebert et Dieulafé, il est préférable, plus prudent de pratiquer le drainage suivi d'aspiration.

Nous ne saurions trop recommander aux praticiens une instrumentation simple et ingénieuse dont toute l'importance, au point de vue chirurgical, a été bien mise en valeur par M. le Professeur Jeannel : c'est l'instrumentation du docteur Michel, destinée à faire ligatures et sutures au moyen d'agrafes métalliques ; dans le cas qu'ils ont opéré et que nous avons relaté plus haut, MM. Audebert et Dieulafé ont employé tant pour la ligature du pédicule que pour la réfection

du péritoine pelvien après extirpation du sac fœtal, les agrafes métalliques.

Ainsi que le relate l'observation I, l'opération a été suivie de drainage; le drain pendant une certaine période a permis d'aspirer un liquide séro-purulent et malgré cet état de légère septicité aucune agrafe n'a été éliminée. M. le Professeur Audebert se montre très partisan de l'instrumentation de Michel.





## CONCLUSIONS

---

Le sphacèle du kyste dans la grossesse extra-utérine est rare.

Il est probablement dû soit a une torsion du pédicule du sac fœtal, soit a une destruction de la paroi par les éléments fœtaux, soit enfin à des lésions vasculaires de la trompe.

Le diagnostic de cette complication est impossible dans l'état actuel de la question.

La constatation du sphacèle du kyste au cours d'une laparotomie impose son extirpation totale.

Vu :

*Le Président de la thèse,*  
AUDEBERT.

Vu : *le Doyen,*  
CAUBET.

*Vu et permis d'imprimer :*

Toulouse, le 21 Mars 1908.

*Le Recteur,*  
*Président du Conseil de l'Université,*  
PERROUD,





## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- Auché et Chavannaz.* — Infections péritonéales bénignes d'origine opératoire.
- Andrews.* — Anatomie de la trompe gravide. *Ann. de Gyn.* 1903.
- Audebert et Dieulafoy.* — *Ann. de Gyn. et d'Obs.* Août, 1907.
- Ashoff.* — Rapports du placenta tubaire avec l'avortement et la rupture tubaire. *Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale*, 1898.
- Baron.* — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1898.
- Benard.* — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et en particulier de l'occlusion intestinale consécutive à cette torsion. Thèse Paris, 1898.
- Bermutz et Martin.* — Grossesse extra-utérine tubo-ovarienne. *Ann. de Gyn.* 1898.
- Bertino.* — *Annali di Ost. et Ginec.* 1902, n° 5.

*Bouilly.* — Notes sur la grossesse extra-utérine. La Gynécologie, 1898.

— De la torsion des kystes parovariens. La Gynécologie, 1898.

*Bula Laffont.* — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine. Thèse Bordeaux, 1891.

*Cathelin.* — De la torsion des hydro-salpinx. Revue de Chirurgie, 1901.

*Cestan.* — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. Thèse Paris, 1894.

*Chayé.* — Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. Thèse Paris, 1882.

*Cornil et Weinberg.* — Anatomie et histologie de la grossesse tubaire. Revue de Chirurgie, 1901.

*Couvelaire.* — Etude anatomique sur les grossesses tubaires. Thèse Paris, 1901.

*Debay.* — De l'intervention chirurgicale dans les cas de grossesse extra-utérine avec kyste fœtal putréfié. Thèse Nancy, 1898.

*Deschamps.* — Mode de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement. Thèse Paris, 1887.

*Dibot.* — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Thèse Paris, 1894.

*Doleris.* — Société d'Obstét. de Gyn. de Paris, 1888 et 1900.

*Duplay.* — Gazette des hôpitaux, 1891.

*Fellner.* — Etat des vaisseaux dans la grossesse tubaire.  
Thèse Paris, 1893.

*Fieux.* — Journal de Médecine de Bordeaux, 1907.

— Anatomie de la trompe gravide. Ann. de Gyn. 1901.

*Frémont.* — De quelques indications opératoires dans la grossesse extra-utérine et en particulier dans la grossesse tubaire. Thèse Paris, 1900.

*Gauthier.* — Sur la rupture de la grossesse tubaire. Thèse Paris, 1893.

*S. Gelpske de Liestal.* — Revue de Chirurgie, 1904.

*Haret.* — Grossesse ectopique recidivante. Thèse Paris, 1901.

*Hennecart.* — De la nécessité de l'intervention chirurgicale, des dangers de la non intervention dans la grossesse extra-utérine. Thèse Paris, 1897.

*Jacobs.* — Etude sur la trompe gravide. Ann. de Gyn. 1903.

*Jayle.* — Revue de Chirurgie, 1903. De la grossesse extra-utérine.

*Jouon.* — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire. Thèse Paris, 1892.

*Keller.* — Diagnostic de la grossesse tubaire. Thèse Paris, 1872.

*Legueu et Chabry.* — Torsion des salpingites. Revue de Chirurgie, 1906.

*Legueu et Lagrave.* — Traité de Gynécologie, 1905.

- Lescuyer.* — De la momification du placenta dans les grossesses extra-utérines. Thèse Nancy, 1898.
- Lop.* — Grossesse tubaire péritonite laparotomie. Gaz. des hôpitaux, 1907.
- Mac. Cann.* — Obstétrical Society of London.
- Martin.* — Cent. f. Gyn. 1892, n° 39.
- Maillard.* — Torsion des salpingites. Thèse Paris, 1898.
- Mattei.* — Gazette des hôpitaux, 1860.
- Maur.* — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine spécialement dans la première période. Thèse Paris, 1903.
- Maygrier.* — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. Paris, 1886.
- Mouthon.* — Torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1897.
- Mongie.* — Du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine. Thèse Paris, 1897.
- Muret.* — Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide. Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale, 1898.
- Orillard.* — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine, lorsque l'enfant est viable. Thèse Paris, 93 - 94.
- Paquy.* — Des grossesses développées dans les trompes saines. Thèse Paris, 1897.
- Parizot.* — Torsion des kystes de l'ovaire. Thèse Paris, 1886.

*Pozzi.* — Traité de Gynécologie.

— Société d'Obst. de Gyn. et de Ped. 1901-06.

*Pinard.* — Progrès Médical, 1893.

*Ralli.* — Etude clinique de la grossesse extra-utérine.  
Thèse Paris, 1900.

*Rocquet.* — De la grossesse extra-utérine répétée chez la  
même femme. Thèse Paris, 1892.

*Reymond.* — Soc. anat. Juin, 1895.

*Sanson.* — Torsion du pédicule dans les tumeurs liquides.  
Thèse Paris, 1904.

*De Strauch.* — Ann. de Gyn. 1895.

*Sauré.* — Contribution à l'étude des grossesses tubaires  
bilatérales successives et simultanées. Thèse Pa-  
ris, 1906.

*Segond.* — Traitement des grossesses extra-utérines.  
Congrès de Gyn. de Marseille, 1908.

*Tainturier.* — Etiologie des grossesses extra-utérines  
Paris, 1895.

*Tait (Lawson).* — Lancet, 1888.

*M. J. Weir.* — Anatomie et traitement de la grossesse  
tubaire. Revue de Gyn. et Chirurgie abdominale,  
1898, page 921.



## ERRATA

---

Page 10, 7<sup>e</sup> ligne, *au lieu de kiste, lire kyste.*

Page 18, 12<sup>e</sup> ligne, *au lieu de veillit, lire vieillit.*

Page 21, 7<sup>e</sup> ligne, *au lieu de commuuication, lire communication.*

Page 23, 4<sup>e</sup> ligne, *au lieu de l'autothrombore, lire l'autothrombose.*

Page 32, 6<sup>e</sup> ligne, *au lieu de Obstetucal Souety, lire Obstetrical Society.*

Page 32, 25<sup>e</sup> ligne, *au lieu de intéro-ovarien, lire utéro-ovarien.*

